

Escuela de Enfermería de Zamora

Titulación: Grado en Enfermería

Trabajo Fin de Grado

Título

**Plan de cuidados en paciente con Esclerosis
Múltiple Recurrente Remitente**

Estudiante: Raquel Sánchez Sánchez

Tutor: Jesús Gallego García.

Fecha: 5 de mayo de 2017



*Escuela de
Grado en Enfermería de Zamora*

El/La profesor/a Jesús Gallego García en su calidad de tutor/a, considera que el Trabajo Fin de Grado titulado: “Plan de cuidados en paciente con Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente” realizado por: Raquel Sánchez Sánchez, cumple los requisitos para proceder a su presentación ante la Comisión evaluadora.

Zamora, 5 de mayo de 2017

Fdo.: Jesús Gallego García

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que he redactado el trabajo “Plan de cuidados en paciente con Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente” para la asignatura Trabajo Fin de Grado 4º en el segundo cuatrimestre del curso académico 2016/2017 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes y la literatura citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes y de la literatura indicada, textualmente o conforme a su sentido.

En Zamora a 5 de mayo de 2017.

Fdo.: Raquel Sánchez Sánchez.

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	8
MATERIAL Y MÉTODO	9
RESULTADOS	12
DISCUSIÓN	20
CONCLUSIONES	24
AGRADECIMIENTOS.....	25
BIBLIOGRAFÍA.....	26
ANEXOS.....	30

RESUMEN

La Esclerosis Múltiple es la enfermedad neurológica más frecuente en adultos jóvenes, afecta en España a unas 47.000 personas, diagnosticándose alrededor de 2.000 nuevos casos anuales.

El objetivo de este estudio es valorar la eficacia del plan de cuidados enfermeros establecido, cuyos fines son lograr una mejor calidad de vida en la paciente, así como enlentecer el proceso de la enfermedad.

Se selecciona una mujer de 39 años con Esclerosis Múltiple de tipo recurrente- remitente. Previamente se revisa la literatura científica en las principales bases de datos.

Se realiza la valoración siguiendo el modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson, utilizándose las taxonomías: North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC), Nursing Outcomes Classification (NOC) y las escalas de valoración: NOC, Barthel, Escala Goldberg y Escala de J. H. Downton.

Según los problemas detectados, los diagnósticos de enfermería fueron: incontinencia urinaria de urgencia, diarrea, deterioro de la movilidad física, riesgo de caídas, fatiga, baja autoestima crónica, ansiedad y dolor agudo. A continuación se elabora plan basado en autocuidados dirigidos por su enfermera.

Se consigue mejorar la calidad de vida de la paciente, haciéndose visible en la evaluación de las escalas aplicadas. Mejora en la deglución, se atenúa la incontinencia de urgencia, se elimina la diarrea. La fatiga y movilización mejoran con los ejercicios pautados y se disminuye el riesgo de caídas. Además la paciente consigue una mejor adaptación a la enfermedad minimizando la ansiedad y el dolor.

Palabras claves: Esclerosis Múltiple, cuidados de enfermería, taxonomía enfermera.

INTRODUCCIÓN

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad crónica, degenerativa, autoinmune que afecta a la mielina o materia blanca del cerebro, de la médula espinal, nervio óptico, tronco cerebral (pares craneales: III, IV Y VI) y al cerebelo provocando la aparición de placas escleróticas que impiden el funcionamiento normal de esas fibras nerviosas. Lesiona la vaina de mielina que es la capa que rodea y protege las células nerviosas y su función es permitir la transmisión del impulso nervioso de manera rápida y eficiente entre las células nerviosas del cerebro y la médula espinal. La lesión retardará el impulso nervioso o bloquea los mensajes entre el cerebro y el cuerpo, conduciendo a los síntomas de la esclerosis múltiple (1). La lesión como ya se ha mencionado anteriormente consiste en la destrucción de la vaina de mielina de los axones, esta se produce en distintas zonas y de forma aleatoria. Para que se produzca esta destrucción habrá una reacción inflamatoria, se trata de un edema que afecta al tejido glial y que se aprecia en forma de placas. Estas placas blancas que se forman conducen a la esclerosis definitiva en una determinada zona, sin embargo las zonas de la vaina de mielina que no están alteradas, una vez que cede el edema y la reacción inflamatoria se recupera.

Las causas que originan esta enfermedad son desconocidas, pero comienzan a barajarse distintas hipótesis. Parece ser que existe cierta predisposición genética, esto no quiere decir que la enfermedad sea hereditaria, ya que hasta el día de hoy no está completamente demostrado. También se asocia a la presencia de virus, a procesos autoinmunes o bien a cualquier tipo de reacción alérgica. Incluso el déficit de Vitamina D se asocia también a los factores condicionantes y a la evolución de la enfermedad. Las últimas líneas de investigación apuntan en el sentido de que concurre una predisposición genética combinada con alguna de las causas citadas.

Actualmente se distinguen cuatro tipos de Esclerosis Múltiple (EM) según el curso de evolución de la enfermedad (2,3):

Esclerosis múltiple con recaídas o remisiones: En esta forma de EM hay recaídas imprevisibles (exacerbaciones, ataques) durante las cuales aparecen nuevos síntomas o los síntomas existentes se agravan. Esto puede tener una duración variable (días o meses) y hay una remisión parcial e incluso una recuperación total.

Esclerosis múltiple benigna: Después de uno o dos brotes con recuperación completa, esta forma de EM no empeora con el tiempo y no hay incapacidad permanente.

Esclerosis múltiple progresiva primaria: Esta forma de EM se caracteriza por la ausencia de ataques definidos, pero hay un comienzo lento y un empeoramiento constante de los síntomas.

Esclerosis múltiple progresiva secundaria: En algunas personas que tienen inicialmente EM con recaídas y remisiones, se desarrolla posteriormente una incapacidad progresiva en el curso de la enfermedad.

El curso clínico de la EM es muy variable según la situación de cada paciente; sus manifestaciones clínicas son muy heterogéneas en síntomas y signos. Estos no varían solo en gravedad sino también depende del momento temporal de la evolución. Dependiendo del lugar donde se sitúe la placa nos encontraremos con diferentes manifestaciones clínicas. A continuación se mencionan las más comunes (4).

- Nervio óptico: neuritis óptica: la visión se verá disminuida, el paciente siente dolor del globo ocular, además muchos pacientes padecen escotoma central que es la falta de visión en la parte central del campo ocular.
- Medula espinal: dependiendo el lugar de la médula originará diferentes lesiones, si las placas se sitúan en los cordones posteriores de la médula, causará una disminución de la propiocepción, disminución del tacto fino en las extremidades y vibración. Si se ve afectada la vía piramidal el signo de Babinski será positivo. También muy importante la situación de las placas a nivel de los nervios de la vejiga que causará una urgencia en la micción e incontinencia.
- Si la placa se sitúa en el tronco cerebral, afectará a los pares III, IV Y VI, esto da lugar a la aparición de movimientos rápidos e involuntarios de los ojos denominados nistagmus; diplopía, aparecerá cuando las imágenes captadas por los ojos no se procesan al cerebro de forma correcta y este no forma una única imagen, es decir, la persona verá doble. También aparece afectación motora del habla por debilitamiento de los músculos que intervienen en la fonación, dando lugar a una disartria (5, 6,7).
- Si la placa se encuentra en el cerebelo la persona apreciará una falta de coordinación de los movimientos, es decir, ataxia cerebelosa, también aparecerá temblor, vértigo de tipo cerebeloso, impotencia en el varón y falta de sensibilidad perineal en la mujer (8).

Epidemiológicamente, la EM afecta alrededor de 47.000 personas en España según la Sociedad Española de Neurología (SEN) y cada año se diagnostican alrededor de 2.000 casos nuevos, siendo la enfermedad neurológica más frecuente en adultos jóvenes en Europa y Norteamérica. Es más frecuente en regiones frías y parece tener un gradiente de prevalencia de norte a sur. Esta enfermedad se da más en mujeres que en hombres. Las primeras manifestaciones de la enfermedad raramente suceden antes de la pubertad o tras la edad de 60 años. Después de la pubertad la incidencia aumenta rápidamente, con un pico hacia los 30 años.

Un estudio de los que se consideran más importantes es el realizado en 1975 por Kurtzke, quién planteó la existencia de áreas geográficas de distinta prevalencia de Esclerosis Múltiple (EM), de forma que la enfermedad aumentaría conforme nos alejáramos del ecuador. Las zonas de alto riesgo presentarían tasas superiores a 30 casos por 100.000 habitantes y abarcarían a Norteamérica, centro y norte de Europa, así como el sur de Australia y Nueva Zelanda. España estaba englobada en la zona de riesgo medio junto al resto de la Europa mediterránea y sur de Estados Unidos, con prevalencias esperadas de entre 5 y 30 casos por 100.000 habitantes. Los países asiáticos, África y Latinoamérica serían zonas de bajo riesgo, con prevalencias inferiores a 5 por cada 100.000 habitantes. Hoy en día estas cifras han aumentado considerablemente y España se coloca como un país de alta incidencia en esta enfermedad (9, 10, 11).

En importantes estudios realizados en los últimos años se ha demostrado la necesidad de mantener unos niveles adecuados de vitamina D. Se puede observar que los pueblos que habitan cerca del ecuador padecen menos dicho problema, ya que hay más horas de luz y el sol hace que esta vitamina aumente (12, 13).

No existe evidencia clara de que el suplemento de vitamina D reduzca el riesgo de desarrollar la enfermedad o si una vez sobrevenida reducirá sus síntomas. Pero sí se ha demostrado que las personas predispuestas, al tener niveles bajos de esta vitamina, son más propensos a desarrollar la enfermedad. Otros estudios interesantes demostraron la reparación de la mielina y por último en un estudio realizado a 100 personas se pudo observar que los que tomaban Vitamina D (VD) durante seis meses tenían menos lesiones que los que tomaron placebo (14).

La deficiencia de VD puede ser un factor de riesgo modificable de EM. Asimismo, la EM se ha asociado con otras enfermedades con un fuerte componente autoinmune o

inflamatorio tales como diabetes tipo 1, artritis reumatoide, enfermedad cardiovascular, algunas enfermedades infecciosas y algunos cánceres, padecimientos que a su vez se han asociado con la deficiencia de VD (15).

Además de cursar con un cuadro de Esclerosis Múltiple, la paciente objeto de estudio, presenta la enfermedad de Willis Ekbom, que cursa con el Síndrome de piernas inquietas (SPI), una enfermedad neurológica, crónica que a menudo se da en varios miembros de la familia, es muy poco frecuente en España, dándose en ambos sexos por igual. Este síndrome consiste en una alteración del sistema nervioso, en concreto de la dopamina (sustancia que se encarga de la regulación de los movimientos), los pacientes que la padecen les afecta en el sueño, ya que durante la noche se realizan movimientos involuntarios y no se descansa, esto conducirá a cuadros de somnolencia durante el día (16).

OBJETIVOS

Objetivo principal:

Valorar el plan de cuidados establecido con la finalidad de lograr una mejoría de la paciente y enlentecer el proceso de la enfermedad.

Objetivos específicos:

Comprobar si un óptimo seguimiento y unos correctos cuidados e información sobre la realización de actividades de la vida diaria a lo largo del tiempo pueden mejorar este caso de esclerosis múltiple, poniendo en práctica los conocimientos y habilidades aprendidas sobre la metodología enfermera.

Se espera que esta aportación sirva como referencia para futuras investigaciones de otros profesionales, logrando así mejorar la calidad asistencial desde la enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio sobre caso clínico, pues permite hacer un seguimiento en el tiempo de la evolución de los cuidados y el estado de salud de la paciente seleccionada. También se elige este caso, porque permite la interacción directa sobre la paciente, fomentando la participación activa en todo momento.

Datos generales y situación actual.

Mujer de 38 años diagnosticada de Esclerosis Múltiple (EM) de tipo recurrente-remitente. A los 30 años, la mujer acude a su centro de salud y refiere visión borrosa, acufenos y parálisis bilateral, por lo que es remitida a la unidad de Neurología, en la que se realiza una Resonancia Magnética apreciándose múltiples lesiones de probable origen desmielinizante, entonces, se realizan otras pruebas como punción lumbar y varias analíticas para asegurar el diagnóstico de Esclerosis Múltiple. Vive con su hija de dos años y su marido de 38, también diagnosticado de EM. El marido trabaja a media jornada y cursa con un 40% de discapacidad. La paciente con una discapacidad del 68% es pensionista.

En la última analítica, la paciente presenta 830 linfocitos por microlitro de sangre (Parámetros normales: 1500 a 4000 células) resto de hemograma y bioquímica sin alteraciones, 25-hi.droxicolecalciferol (Vitamina D) 28 ng/ml (nanogramos/ml), (parámetros normales: 20 y 40 ng/mL).

El tratamiento de la paciente desde el diagnóstico y en el momento de este último brote leve era de Almogram 12'5 mg (17), tratamiento antimigrañoso; Amantadina (18), tratamiento para los movimientos involuntarios o espasmos que sufre la paciente; Omeprazol y Aubagio 14 mg (Terifludomida) (19), para la enfermedad de base (EM). Hace un mes, la paciente estaba más estable por lo que el neurólogo cambia su medicación para evitar un nuevo brote, la nueva medicación es Betaferon beta 1b (20).

Además de la evolución negativa de la esclerosis múltiple, se diagnostica la enfermedad de Willis Ekbom, para la cual el neurólogo pauta Gabapentina (21).

Antecedentes de enfermedades neurológicas en la familia materna de la mujer y un caso de EM en la familia paterna.

Hace unos meses la paciente sufre una recaída en su enfermedad, desde entonces la mujer refiere que “todo va mal”. Todos los signos de la enfermedad se agudizan. La paciente tras realizar valoración neurológica es hospitalizada y se trata con medicación intravenosa durante 5 días a base de corticoides. Una vez que la paciente se encuentre en su domicilio se administrarán los corticoides por vía oral y se irá disminuyendo la dosis de forma paulatina. La paciente acude cada 15 días a realizarse una Resonancia Magnética y analítica rutinaria de sangre para comprobar la evolución del brote, la enfermera aprovechara las visitas para realizar educación para la salud.

Taxonomías.

Se realizó la valoración de la paciente con el modelo de las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (22), Nursing Interventions Classification (NIC) (23), Nursing Outcomes Classification (NOC) (24).

Las escalas de valoración utilizadas fueron:

- Barthel, la cual se utilizó para medir la autonomía de las actividades de la vida diaria (25) VER ANEXO 1.
- Escala de depresión y ansiedad de Goldberg (26), este instrumento proporciona una evaluación de varios dominios de la salud mental, como ansiedad, depresión, control del comportamiento, afecto positivo y el malestar general VER ANEXO 2.
- Escala de J. H. Downton o Escala de caídas (27) VER ANEXO 3.

Búsqueda de información.

Se ha realizado la búsqueda en las bases de datos de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (MedlinePlus, PubMed), Medline, Base de Datos Cuiden, Cuiden Plus, Cinahl y Base de Datos para la Investigación en Enfermería (BDIE). Así como en los Portales médicos, Índex Fundación, redacción Onmeda, Americam Speech Language Hearing Association, National Institute of Neurological Disorders and Stroke, Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia, I Congreso Virtual Iberoamericano de Neurología Simposio de Neuroepidemiología, Instituto del sueño y el diario El País, utilizando también el motor de búsqueda libre Google Académico

Criterios de selección

Se selecciona a la paciente en base a su enfermedad neurológica crónica, ya que ésta es una de las más comunes en adultos jóvenes, en nuestro caso tiene 39 años, y tiene un complicado seguimiento a largo plazo que exigirá la adaptación de los cuidados a cada fase de la enfermedad.

Presenta además la enfermedad de Willis Ekbom, que cursa con el síndrome de piernas inquietas.

La paciente sufrió un pequeño brote de Esclerosis Múltiple hace menos de un año y aún presenta varias secuelas de éste, por lo que será necesario enseñar a la mujer a manejarse en su nueva situación.

RESULTADOS

Valoración de Enfermería según el modelo de Necesidades de Virginia Henderson.

Respiración/ circulación: La paciente es independiente para esta necesidad, buen intercambio de gases. Piel y mucosas rosadas, frecuencia respiratoria (FR): 17 respiraciones por minuto, tensión arterial 127/80 y frecuencia cardiaca: 65 latidos por minuto, ausencia de ruidos respiratorios, no fuma.

Alimentación/ Nutrición: Es independiente para preparar y comer las comidas diarias pero presenta debilidad de los músculos del aparato digestivo, motilidad alterada. La paciente usa espesantes para poder tomar líquidos. Debido a la ansiedad y cambios del estado mental se ve afectado su apetito, aunque no por ello la paciente está delgada, sino que presenta sobrepeso con un IMC de 30.5. Su ingesta hídrica es de 1 litro al día.

Triglicéridos 98 mg/dL [50-200 mg/dL], colesterol 143 mg/dL [100-220 mg/dl], HDL 34mg/dL [35-100 mg/dL], LDL 100 mg/dL [50-160 mg-dL].

Eliminación: La paciente es independiente a la hora de ir al baño, ya que no necesita ayuda para ello. Es continente a nivel intestinal y parcialmente continente a nivel urinario. La mujer presenta urgencia urinaria e incluso incontinencia urinaria por dicha urgencia. No molestias al orinar ni dificultad. Frecuencia de defecación diaria, orina oscura y a veces un poco hematuria, esto se debe al último medicamento pautado para la enfermedad de base (Esclerosis Múltiple), heces de color normal y aspecto blando o líquido muy a menudo, esto es debido a la medicación que toma para la enfermedad Willis Ekbom, llamada Gabapentina.

Movilización y mantener una correcta postura: es independiente para la mayoría de las actividades de la vida diaria (AVD) como comer, lavarse, bañarse, vestirse, arreglarse, ir al retrete, sin embargo necesita un mínimo de ayuda para subir escaleras o realizar actividades que requieran mucha flexibilidad, ya que presenta debilidad muscular, cambios en la coordinación, músculos tensos y parálisis en el lado derecho (8-10 parálisis al día que duran unos 40 segundos) esto se debe a la enfermedad que padece, pudiéndose agravar debido a la medicación que la paciente toma. Se realiza la escala de *Barthel*: 95 dependencia leve. También se realiza la escala de *Downton*, el resultado es 2, riesgo medio en caídas, el cual se ve aumentado por los problemas músculo-esqueléticos, pero también por la pérdida de visión.

Reposo / Sueño: Duerme 8 o 9 horas por la noche. Hay días que el sueño no es reparador debido al dolor que la paciente presenta, sobre todo en extremidades inferiores. No precisa medicación para conciliar el sueño.

Vestirse: Independiente para dicha actividad, aunque a veces le cuesta ponerse la ropa ajustada. Arreglo personal satisfactorio.

Temperatura: La mujer se encuentra en normotermia, 36.5°C. Nos comenta que le cuesta adaptarse a los cambios de Tª, ya que debido a la desmielinización del axón la paciente se hace más sensible a los cambios de Tª. La paciente refiere que lo que peor tolera son los aumentos bruscos de temperatura.

Higiene y piel: Piel y mucosas hidratadas, color normal e integridad de estas. Presenta edemas en el sitio de inyección. Autonomía en el cuidado de la piel. Cuando la paciente se expone a temperaturas extremas aparece un ligero sarpullido que es debido a la nueva medicación (Betaferon Beta 1B).

Detectar y evitar peligros: Inquietud, informes verbales de dolor. Pérdida de sensibilidad táctil. Toma la medicación de forma correcta, aunque la paciente abusa de los analgésicos.

Comunicación: mantiene el funcionamiento adecuado de los órganos de los sentidos, por tanto tiene una comunicación adecuada con su entorno y es capaz de expresar sus sentimientos. Estaba más animada y hablaba más antes de darse este último brote. La pareja se adapta difícilmente a los cambios debido a que él también presenta Esclerosis Múltiple.

Valores y creencias: la paciente tiene un conflicto sobre sus creencias anteriores debido a la enfermedad, pero apenas le supone ninguna alteración psicológica.

Trabajo: Paciente con una discapacidad del 68%, por tanto es considerada pensionista.

Actividades lúdicas: Participa en actividades recreativas, aunque no siempre pudiendo llegar hasta el objetivo marcado, ya que el estado de salud disminuye su función motora e intelectual.

Aprendizaje: independiente para esta necesidad. Conoce su enfermedad, aunque no se interesa por conocer pequeños detalles que mejorarían su ritmo de vida diario.

D.E NANDA: Deterioro de la deglución (00103) r/c debilidad en músculos de la deglución m/p dificultad al tragar líquidos.

- **OBJETIVO:** la paciente realizará la dieta con las medidas pautadas para evitar el riesgo de aspiración. Tiempo estimado para conseguir el objetivo 90 días.
Estado de deglución comprometido (NOC).
- **NIC:** Terapia de deglución (1860). Actividades: Enseñar al paciente a sentarse en una posición erecta (186010); Observar si hay signos y/ o síntomas de aspiración (186019).
- **NOC:**
 - **Estado de deglución** (1010): indicadores: 101012 atragantamiento, tos o náuseas. **Estado actual:** Moderadamente comprometido 3. Estado esperado: no comprometido 5. **Estado conseguido:** levemente comprometido 4.
 - **Prevención de aspiración** (1918): indicadores 191802 evitar factores de riesgo. **Estado actual:** a veces demostrado 3. Estado esperado: siempre demostrado 5. **Estado conseguido:** frecuentemente demostrado 4.

D.E NANDA: Incontinencia urinaria de urgencia (00019) r/c enfermedad de base, por la formación de placas en los nervios de la vejiga m/p perdida de orina entre micciones.

- **OBJETIVO:** El paciente adquiere conocimientos y habilidades en el control de la micción en un periodo de 60 días. Continencia urinaria comprometida (NOC).
- **NIC:** Ejercicios de suelo pélvico (0560). Manejo de la eliminación urinaria (0590). Cuidados de la incontinencia urinaria (0610).
Actividades: Dar instrucciones escritas y determinar el número de veces que han de hacerse los ejercicios (056003); Enseñar a la paciente a detener y reiniciar el flujo de orina (056008); Enseñar a responder inmediatamente a la urgencia de orinar (059004).
- **NOC:**
 - **Eliminación urinaria** (0503): Indicadores: 050335 Incontinencia por urgencia. **Estado actual:** moderado 3; Estado esperado: ninguno 5; **Estado conseguido:** leve 4.

D.E NANDA: **Diarrea (00013) r/c la medicación pautaada y estrés m/p heces líquidas a menudo.**

- **OBJETIVO:** Conseguir eliminar la diarrea a través de una dieta saludable, astringente, hasta acostumbrar al organismo a dicha medicación en el periodo de 30 días. Eliminación intestinal comprometida habitualmente (NOC).
- **NIC:**
Manejo de la diarrea (0460).
Actividades: Enseñar al paciente técnicas de control de estrés (046004); Instruir sobre la dieta pobre en fibra, alta en proteínas y de alto valor energético (046010).
- **NOC**
 - **Eliminación intestinal (0501):** Indicadores 050123 diarrea. **Estado actual:** leve 4; Estado esperado: ninguno 5; **Estado conseguido:** ninguno 5.

D.E NANDA: **Deterioro de la movilidad física (00085) r/c temblores y espasticidad m/p enlentecimiento del movimiento, limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas, limitación de la amplitud de movimientos.**

- **OBJETIVOS:** Fomentar el ejercicio dentro de lo posible para mejorar su estado físico. Periodo de tiempo para acostumbrar a la paciente a realizar ejercicios: 90 días. Ambulación y equilibrio moderadamente comprometido a causa de espasticidad y rigidez muscular (NOC) VER ANEXO 1.
- **NIC:** Fomento del ejercicio (0200). Terapia de ejercicios: equilibrio (0222).
Actividades: Controlar la respuesta del paciente a los ejercicios (020006)
- **NOC:**
 - **Ambular (0200).** Indicadores 020011 camina distancias moderadas (entre 1 y 5 manzanas). **Estado actual:** moderadamente comprometido 3; Estado esperado: no comprometido 5; **Estado conseguido:** no comprometido 5.

D.E NANDA: Riesgo de caídas r/c temblores, alteraciones visuales y deterioro de la movilidad física m/p más de tres caídas desde principio de la enfermedad, hace 8 años.

- **OBJETIVOS:** Realizar actividades que disminuyan el riesgo de caídas, así como realizar una adaptación doméstica que facilite la vida diaria (alfombrilla antideslizante en baño, barandillas en escalera, utilización de ducha en vez de bañera). Periodo de tiempo: 90 días. La paciente presenta conocimientos deficientes en este campo.
- **NIC:** Manejo ambiental: seguridad (6486).
Actividades: ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro (648601).
- **NOC:**
 - **Conducta de prevención de caídas** (1909). Indicadores: 190903 colocación de barreras para prevenir caídas (barandillas). **Estado actual:** a veces demostrado 3; Estado esperado: siempre demostrado 5; **Estado conseguido:** siempre demostrado 5.

D. ENANDA: Fatiga (00093) r/c por enfermedad de base (Esclerosis Múltiple) m/p malestar físico y verbalización de cansancio durante la actividad.

- **OBJETIVOS:** Alternar ejercicios con horas de descanso, para evitar cansarse y riesgo de caídas. Tiempo estimado: 90 días. Ritmo de vida comprometido (NOC).
- **NIC:** Mejorar energía (0180). Manejo nutricional (1100).
Actividades: Ayudar a identificar las preferencias de actividades (018001); Ayudar al paciente a establecer metas realistas (018002); Determinar las limitaciones físicas del paciente (018018).
- **NOC:**
 - **Conservación de la energía** (0002). Indicadores: 00020 Equilibrio entre actividad y descanso. **Estado actual:** frecuentemente demostrado 4; Estado esperado: siempre demostrado 5; **Estado conseguido:** frecuentemente demostrado 4.

000205 Adapta el estilo de vida al nivel de energía. **Estado actual:** a veces demostrado 3; Estado esperado: siempre demostrado 5; **Estado conseguido:** frecuentemente demostrado 4.

D.E NANDA: **Baja autoestima crónica r/c deterioro funcional y cambios en el rol social m/p verbalización.**

OBJETIVO: Dar apoyo emocional a la paciente para combatir sus pensamientos negativos en un periodo de tiempo de 60 días. Autoestima comprometida.

- NIC: Apoyo emocional (5270). Potenciación de la autoestima (5400).
Actividades: Ayudar al paciente los sentimientos de ansiedad, ira y tristeza (577011); facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima (540018).
- NOC:
 - **Autoestima** (1205). Indicadores 120501 verbalización de autoaceptación. **Estado actual:** A veces positivo 3; Estado esperado: siempre positivo 5; **Estado conseguido:** frecuentemente positivo 4.
 - **Nivel de depresión** (1208). Indicadores 120801 estado de ánimo deprimido. **Estado actual:** leve 4; Estado esperado: ninguno 5; **Estado conseguido:** leve 4. 120814 tristeza. **Estado actual:** moderado 3; Estado esperado: ninguno 5; **Estado conseguido:** leve 4.

D.E NANDA: **Ansiedad r/c enfermedad incapacitante crónica y pérdida de funciones corporales m/p expresión de preocupaciones debidas a los cambios, irritabilidad, sentimientos de insuficiencia.**

- OBJETIVO: Controlar el nivel de ansiedad de la paciente hablando con ella, pero siempre manteniendo la veracidad de su estado de salud en un periodo de 90 días.
- NIC: Disminución de la ansiedad (5820). Dar esperanza (5310).
Actividades: ayudar a la paciente a identificar situaciones que precipiten en ansiedad (582007); Instruir al paciente sobre técnicas de relajación (582018); ayudar a la paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza (531003).

➤ **NOC:**

- **Nivel de ansiedad** (1211). Indicadores 121117 Ansiedad verbalizada. **Estado actual:** leve 3; Estado esperado: ninguno 5; Estado **conseguido:** ninguno 4. *Escala de Goldberg* Se repitió la Escala de Ansiedad de Goldberg dos veces, con un intervalo de tiempo de tres meses desde la primera vez, su puntuación al principio fue de 6/9, siendo la segunda vez de 3/9 puntos, es decir no superando 4, que es el límite para diagnóstico de ansiedad probable.
- **Aceptación del estado de salud** (1300). Indicadores 130017 se adapta al cambio del estado de salud. **Estado actual:** a veces demostrado 3, Estado esperado: siempre demostrado 5; **Estado conseguido:** frecuentemente demostrado 4.

D.E NANDA: Dolor agudo r/c deterioro físico por enfermedad neurodegenerativa m/p molestia en extremidades superiores e inferiores, referenciado por la paciente.

- **OBJETIVO:** Ayudar a combatir el dolor con medidas farmacológicas, como con técnicas no farmacológicas para mejorar los periodos de remisión de este. Periodo de tiempo estimado: 90 días. Dolor frecuentemente que la paciente sólo controla con medidas farmacológicas (NOC).

- **NIC:** Manejo del dolor (1400). Administración de analgésicos (2210). Enseñanza: medicación prescrita (5616).

Actividades: Asegurarse de que la paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes (140004); enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (140015) VER ANEXO 2; administrar analgésicos de forma adecuada (221002); enseñar a la paciente a prevenir ciertos efectos secundarios (561605); instruir al paciente acerca de no tomar la medicación, saltarse una dosis o deja de tomar la medicación bruscamente (561613).

➤ **NOC:**

Control del dolor (1605): Indicadores 160504 utiliza medidas de alivio no analgésicas. **Estado actual:** raramente demostrado 2; Estado esperado: siempre demostrado 5; **Estado conseguido:** frecuentemente demostrado 4.

160505 utiliza analgésicos de forma apropiada. **Estado actual:** frecuentemente demostrado 4; Estado esperado: siempre demostrado 5; **Estado conseguido:** siempre demostrado 5.

DISCUSIÓN

Cada 15 días la paciente acude a la consulta de Neurología donde se realiza el seguimiento y los ajustes necesarios. Se realizaron dos visitas de la enfermera al domicilio del paciente. Desde la primera visita en la que la enfermera realiza la valoración y educación para mejorar los síntomas de la enfermedad, han pasado tres meses. Explicándose en la primera visita el plan de cuidados que debía seguir la paciente se consigue mejorar los síntomas de su enfermedad y una mejor calidad de vida.

Deterioro de la deglución: se enseña a la paciente a sentarse cómoda y erecta para realizar una buena deglución. Además se hace mucho hincapié en el afrontamiento de la ansiedad para poder estar relajada en las horas de la comida y no sufrir atragantamientos. Por tanto, las intervenciones de enfermería en este diagnóstico fueron encaminadas a favorecer la deglución para evitar el problema de aspiración

Se le comenta en la primera visita que debe tomar comidas más sólidas, si son líquidos que sean cremosos o ponerles espesantes, por ejemplo: yogur, sopas cremosas, gelatinas, natillas, flanes o puré de patatas, y valorar signos o síntomas de dificultad para la deglución. Las comidas más densas provocan menos dificultad para la deglución. Se introducirá gradualmente comidas de consistencia más sólida. Los líquidos poco densos, como café, té o refrescos, son las sustancias más difíciles de tragar para la paciente.

En la última visita, refiere que con los ejercicios pautados, como tragar saliva de forma seguida para fortalecer la musculatura correspondiente y la progresión en la alimentación, mejoró considerablemente sin padecer ningún atragantamiento en los últimos tres meses.

Incontinencia urinaria de urgencia: Se afronta este diagnóstico con el objetivo de que la paciente adquiera conocimientos y habilidades en el manejo y control de la micción. Para mejorar esta incontinencia explicamos a la paciente los ejercicios de Kegel (contracción de la musculatura pélvica y perianal para reforzarla y para aumentar el control de las pérdidas de orina), se explica a la mujer que podrá realizar los ejercicios en cualquier momento del día, series de 25 contracciones de 10 segundos cada una de ellas, esperando con esto mejorar la incontinencia e intentar que le dé tiempo llegar al inodoro para la micción. Para las pérdidas de orina durante la noche, se prescribieron absorbentes de noche 1 cada 24 horas, además aconsejamos limitar la ingestión de líquidos durante 2 o 3 horas antes de irse a dormir. Durante el día, se recomienda utilizar compresas finas. Además de vigilar la zona dérmica genital para evitar el riesgo de deterioro de la

integridad cutánea. La mujer refiere que con los ejercicios de Kegel ha mejorado el control sobre la incontinencia.

Diarrea: la medicación pautada para la enfermedad de Willis Ekbohm, causó en la paciente diarrea leve. Por lo que para combatir este problema se le explica a la paciente que debe comer alimentos bajo en fibras (vegetales cocidos, frutas cocidas sin piel o semillas, frutas conservadas, jugos de fruta sin pulpa, pan blanco, arroz blanco, cereales con menos de dos gramos de fibra por porción, carnes y lácteos) y ricos en proteínas (carnes bajas en grasa como pavo; pollo; jamón, carne de ave, pescados como salmón; atún; trucha, huevos, lácteos, arroz y pasta). Además se le explica la higiene que debe tener en la zona perineal cada vez que realice una deposición para evitar la alteración de la mucosa. En un periodo inferior al de un mes, la diarrea cesa con estas medidas y al acostumbrarse el organismo a la nueva medicación.

Deterioro de la movilidad física, riesgo de caídas y fatiga: Para el abordaje de estos diagnósticos, el objetivo era conseguir que la paciente fuera capaz de moverse con resolución de forma independiente, adaptándose siempre a las limitaciones propias de la enfermedad y así también disminuir el riesgo de caídas detectado. Explicamos a la mujer y a su marido que en periodos de exacerbación de la enfermedad deberán realizar menos actividad, ya que aumenta considerablemente el riesgo de caídas, el dolor, la debilidad, parálisis y también aumenta la fatiga, para combatir esta se pide a la señora que aumente progresivamente la actividad diaria, sin llegar a fatigarse demasiado, ya que esto podría causar problemas mayores. Ambos fueron instruidos para la realización de una tabla ejercicios para ambos lados del cuerpo, siempre con mayor intensidad en el lado afecto de hemiparesia. En el anexo indicado a continuación se expone la información que se facilita a la paciente para ayudar a esta a mejorar el problema de espasticidad y rigidez muscular que presenta. VER ANEXO 4. También se entregó un manual de cómo realizar los auto-estiramientos de cada zona del cuerpo. Durante la visita a su domicilio se identificaron factores de peligro en el domicilio que aumentaban el riesgo de caídas, la paciente refiere haber organizado zonas de la casa, por ejemplo: quitar la alfombrilla de la sala de estar, poner alfombrillas en la ducha de casa, evitar utilizar la bañera y usar más la ducha, ya que esta última disminuye el riesgo de caídas. También se le indica a la familia que pongan barandillas para subir las escaleras, en la última consulta nos indica que las barandillas están puestas y que son de gran ayuda a la hora de subir las escaleras de su casa.

Baja autoestima crónica/ ansiedad: Tras realizar la escala de depresión y ansiedad de Goldberg al comienzo de este estudio se obtuvo una puntuación de 5/9, lo que significa depresión probable, por lo tanto se ayuda a la paciente para combatir los sentimientos de ansiedad, ira y tristeza, además debemos exponer al paciente medidas para un ambiente y actividades que aumenten la autoestima, como por ejemplo salir a pasear o al parque más a menudo, aprovechando los días soleados, realizar algún deporte que entre dentro de sus posibilidades para estar entretenida mientras su marido y su hija no están en casa. Se le da la confianza para que la mujer exprese sus sentimientos. En la última consulta al final de este estudio y transcurridos unos 3 meses, se vuelve a realizar la escala de Goldberg, obteniendo la misma puntuación por lo tanto se le comenta a la mujer que se podría realizar una consulta con el psicólogo, aceptando la propuesta.

Para afrontar la ansiedad lo primero que deberá realizar la mujer es aceptar los cambios que se han producido en su enfermedad y en su cuerpo como consecuencia de la Esclerosis múltiple en el último año y sobre todo el cambio que ha dado su día a día desde el nacimiento de su hija. Antes de comenzar con ansiolíticos el neurólogo prefiere realizar una interconsulta al psicólogo e incitamos a la paciente a expresar sus sentimientos y preocupaciones con el personal sanitario y con la familia, en la última consulta que se realizó para elaborar el estudio la mujer refiere que se encuentra menos nerviosa. Ella muestra confianza en el equipo enfermero, aprendió a expresar sus sentimientos, fueron resueltas sus dudas, lo que disminuyó su inquietud e irritabilidad. Se repitió la Escala de Ansiedad de Goldberg, su puntuación fue menor 3/9 puntos, siendo al principio de 6/9 puntos. La paciente consigue el resultado Aceptación: estado de salud.

Dolor agudo: la paciente padece dolor muy a menudo, por lo que toma analgésicos constantemente. Por ello, se le explica otras medidas no farmacológicas que la paciente puede llevar a cabo en su domicilio para evitar tomar dosis tan altas de analgésicos. En las primeras visitas se le preguntó las instrucciones que ella seguía para tomar los analgésicos, ella lo explicó correctamente, aunque nos dice que cuando le duele mucho no espera el tiempo estimado entre dosis, por lo que le explicamos que debe cumplir las dosis recomendadas y alternar con técnicas no farmacológicas. Ella explica que casi nunca realiza otras técnicas no farmacológicas, por lo que se incide en ello durante estos meses. Por ejemplo, se le explica que cuando padezca dolor debe relajarse y realizar una respiración lenta y profunda intencionadamente, si los nervios la invaden el dolor se agrava. También puede utilizar la distracción, se le explica a la mujer que la mente juega

un papel muy importante a la hora de controlar el dolor. En una visita realizada a su domicilio se describirán a la mujer y a su marido una serie de técnicas que pueden realizar fácilmente para evitar el dolor. VER ANEXO 5. Al finalizar el estudio se pregunta a la paciente sobre la realización de las técnicas no farmacológicas y refiere que le han ayudado a disminuir el dolor y la dosis de fármacos analgésicos.

Respecto a su enfermedad de base, la nueva medicación se administra de forma subcutánea. Se enseña a la paciente la manera de administrar la medicación, los lugares en los que debe pinchar con sus respectivas rotaciones (se entrega un calendario para que la paciente apunte el lugar en el que se pincha cada día), se comenta repetidamente que no apriete después de sacar la aguja del tejido subcutáneo, ya que aumentara la zona de edema. La mujer aprende la técnica rápidamente y sin ningún tipo de problema.

CONCLUSIONES

- La labor enfermera en el caso descrito ha sido fundamental para mejorar la calidad de vida de la paciente y se hace visible en la evaluación de las escalas aplicadas: NOC (resultados), Barthel (vida diaria), Goldberg (depresión y ansiedad), J. H. Downton (caídas).
- La paciente mejoró su estado de deglución notablemente en los últimos tres meses, sin atragantamientos pero aún con problemas de tos o náuseas al ingerir líquidos.
- Realiza los ejercicios de Kegel y otras técnicas explicadas correctamente para combatir la incontinencia de urgencia, mejora notablemente este problema.
- La diarrea cesa gracias a que la mujer comienza a tolerar la medicación de forma positiva y cumple con la dieta, además de cumplir las medidas propuestas.
- En cuanto a la movilización, la paciente refiere que cada día camina un poco más como se le indicó. Realiza pequeñas modificaciones en su vivienda, disminuyendo así el riesgo de caídas y mejorando su calidad de vida.
- El nivel de fatiga que expresa la mujer es menor en la última visita respecto con las anteriores, ya que alterna de forma correcta los ejercicios con el reposo, aunque sigue proponiéndose metas incompatibles con su enfermedad de base lo que le lleva a aumentar su estrés y depresión.
- En los últimos tres meses se mejoró considerablemente su problema con la ansiedad, pero el nivel de autoestima sigue decaído, se aconseja un psicólogo, aceptando la propuesta.
- Mejora aprendizaje sobre los fármacos analgésicos y aumenta señaladamente las actividades no farmacológicas para evitar el dolor y poder disminuir la dosis de analgésicos.

AGRADECIMIENTOS

A Jesús Gallego García, por su colaboración, orientación y el tiempo dedicado como tutor de este Trabajo de Fin de Grado.

Al complejo asistencial hospitalario de Zamora, por prestar los recursos y ayuda para facilitar los estudios.

A la Escuela de Enfermería de Zamora, por las enseñanzas recibidas durante estos cuatro años de formación, imprescindibles para poder llevar a cabo la realización de este caso clínico.

A la paciente por su disposición para ayudar y facilitar toda la información necesaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Luna Aljama ME, Luna Aljama J, Serrano Carmona JL. Cuidados de enfermería en la Esclerosis Múltiple. Portales Médicos. [Internet]. 2016 [Consultado 6 feb 2017]. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-esclerosis-multiple/>
2. Amor Martín M, Écija Ramírez MC, García Cuesta MA, Gil Uceda E, Guerrero García M, Linde Herrera AI. Plan de cuidados de enfermería en un paciente con Esclerosis Múltiple (EM). Índex Fundación. [Internet]. Granada 2014 [Consultado 6 feb 2017]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/pdf/242.pdf>
3. Cuidate Plus. Esclerosis Múltiple [internet] 2015 [consultado 7 mar 2017]; 5-6. Disponible en: <http://www.cuidateplus.com/enfermedades/neurologicas/esclerosis-multiple.html>
4. Medlineplus.com. Esclerosis Múltiple [Internet]. España; c1997-17 [Página actualizada 12 ene 2017; Consultado 6 feb 2016]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/multiplesclerosis.html>
5. Medlineplus.com. Nistagmo [Internet]. España; c1997-17 [Página actualizada 3 feb 2017; Consultado 8 feb 2016]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003037.htm>
6. Redacción Onmeda. Diplopía (visión doble). [Internet]. 2012 [Consultado 13 feb 2017]. Disponible en: <http://www.onmeda.es/sintomas/diplopia.html>
7. American Speech Language Hearing Association. La Disartria. [Internet]. C1997-2017 [Consultado 8 ene 2017]. Disponible en: <http://www.asha.org/public/speech/disorders/La-Disartria/#que>
8. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Ataxias y la degeneración cerebelosa o espinocerebelosa. [Internet]. Bethesda 2016 [Consultado 8 ene 2017]. Disponible en: <https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/ataxias.htm>
9. Arbinaga Ibartabal F. Aspectos emocionales y calidad de vida en pacientes con enfermedades desmielinizantes: El caso de la esclerosis múltiple. Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia [Internet]. 2003 [Consultado 11 feb 2017]; 19 (1): 65-74. Disponible en:

<https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/8519/1/Aspectos%20emocionales%20y%20calidad%20de%20vida%20en%20pacientes%20con.pdf>

10. Mallada J. Epidemiología de la esclerosis múltiple en España. Datos de prevalencia e incidencia. En: I Congreso Virtual Iberoamericano de Neurología Simposio de Neuroepidemiología. Elda; 2015. 29 (9): 864-7.
11. Mouzo Quintáns J. La prevalencia de la esclerosis múltiple se duplica en 15 años. El País. 2015 Oct 12; Materia: 2
12. White J. Vitamin D signaling, infectious diseases and regulation of innate immunity. *Infect Immun*. 2008;76: 3837-43
13. M.T. Kampman, M. Brustad. Medline. Vitamin D: A candidate for the environmental effect in multiple sclerosis. *Neuroepidemiology* [Internet] 2008 [Consultado 10 feb 2017]; 30: 140-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1159/000122330>
14. Talavera Hernández C, Flores Aldana M, Macías Morales N, Flores Rivera J, Hernández Girón C, et al. Vitamina D y Esclerosis Múltiple: Evidencia científica. Elsevier [Internet]. 2013 [Consultado 8 mar 2017]; 5 (4): 250-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-vitamina-d-esclerosis-multiple-evidencia-S1853002813001110>
15. M.T. Kampman, L.H. Steffensen. Medline. The role of vitamin D in multiple sclerosis. *J Photochem Photobiol B* [Internet]. 2010 [Consultado 16 feb 2017]; 101: 137-41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jphotobiol.2010.04.003>
16. Instituto del sueño. Síndrome de piernas inquietas (enfermedad de Willis-Ekbom) [Internet pág. Web]. Madrid 2015 [Consultado 17 feb 2017]. Disponible en: <http://www.iis.es/sindrome-de-las-piernas-inquietas-sintomas-causas-tratamiento/>
17. Vademécum Internacional Medical. Almogran Comp. recub. 12,5 mg -Ficha completa [Internet]. Madrid: Vidal Vademécum Spain; 2006 [actualizada 1 jul 2015; acceso 19 ene 2017]. Disponible en: http://www.vademecum.es/medicamento-almogran+comp.+recub.+12,5+mg_prospecto_62877
18. Vademécum Internacional Medical. Amantadina -Ficha completa [Internet]. Madrid: Vidal Vademécum Spain; 2006 [actualizada: 19 ene 2016 acceso 26 feb 2017]. Disponible en: <http://www.vademecum.es/principios-activos-amantadina-j05ac+m1>

19. Medlineplus.com. Teriflunomida [Internet]. España; c1997-16 [Página actualizada 15 feb 2015; Consultado 19 feb 2017]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a613010-es.html>
20. Vademécum Internacional Medical. Betaferon Sol. iny. 250 mcg/ml -Ficha completa [Internet]. Madrid: Vidal Vademécum Spain; 2006 [actualizada 15 mar 2016; Consultado 27 feb 2017]. Disponible en: http://www.vademecum.es/medicamento-betaferon_32301
21. Vademécum Internacional Medical. Gabapentina -Ficha completa [Internet]. Madrid: Vidal Vademécum Spain; 2006 [actualizada 1 feb 2015: acceso 27 feb 2017]. Disponible en: <http://www.vademecum.es/principios-activos-gabapentina-n03ax12>
22. Herdman TH, editor. NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2015-2017. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2015.
23. Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochterman, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2009.
24. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4º ed. Madrid: Elsevier; 2009.
25. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md Med J. 1965; 14: 61-5
26. Veit CT, Ware JE. The structure of psychological distress and well-being in general populations. J Consult Clin Psychol. 1983;51(5):730-42
27. Bueno García MJ, Roldán Chicano MT, Rodríguez Tello J, Meñoro Rivera MD, Dávila Martínez R, Berenguer García N. Características de la escala Downton en la valoración del riesgo de caídas en pacientes. Elsevier [Internet]. 2017 [Consultado 3 ene 2017]; 27 (2): 256-4. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862117300256-S200>
28. Bartolomé Gómez I, Brunet Monserrat E, García Ruano L, Otxaa Rekagurri E. Guía de ejercicios para mejorar la espasticidad en la Esclerosis Múltiple. Barcelona: Edimsa; 2012.
29. Drugs.com [Internet]. Estados Unidos: Truven Health Analytics; 2000 [última actualización 2 may 2017; consultado 2 feb 2017]. Terapias No farmacológicas para el manejo del dolor [aprox. 2 pantallas]. Disponible en:

https://www.drugs.com/cg_esp/terapias-no-farmacol%C3%B3gicas-para-el-manejo-del-dolor-en-ni%C3%B1os.html

ANEXOS.

ANEXO 1: ESCALA DE BARTHEL (25).

Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

- 0-20 DEPENDENCIA TOTAL
- 21-60 DEPENDENCIA SEVERA
- 61-90 DEPENDENCIA MODERADA
- 91-99 DEPENDENCIA ESCASA
- 100 INDEPENDENCIA

ANEXO 2: ESCALA DE GOLDBERG (26).

Escala de EADG – (Escala de ansiedad - depresión)		Si/No
Subescala de ansiedad		
1.	¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	
2.	¿Ha estado muy preocupado por algo?	
3.	¿Se ha sentido muy irritable?	
4.	¿Ha tenido dificultades para relajarse?	
Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando		
Subtotal		
5.	¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
6.	¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	
7.	¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	
8.	¿Ha estado preocupado por su salud?	
9.	¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	
TOTAL ANSIEDAD		

≥ 4 : Ansiedad probable

Subescala de depresión		Si/No
1.	¿Se ha sentido con poca energía?	
2.	¿Ha perdido el interés por las cosas?	
3.	¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	
4.	¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?	
Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de la preguntas anteriores, continuar preguntando		
Subtotal		
5.	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	
6.	¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	
7.	¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	
8.	¿Se ha sentido usted enlentecido?	
9.	¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	
TOTAL DEPRESIÓN		

≥ 2 : Depresión probable

ANEXO 3: ESCALA DE DOWTON (27).

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON) ALTO RIESGO >2 PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes – sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
DÉFICITS SENSORIALES	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
ESTADO MENTAL	Extremidades (ictus...)	1
	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

Interpretación del Puntaje:

3 o más = Alto Riesgo.

1 a 2 = Mediano Riesgo.

0 a 1 = Bajo Riesgo.

ANEXO 4: CÓMO COMBATIR LA ESPASTICIDAD Y RIGIDEZ MUSCULAR (28).

<p>FACTORES QUE DEBE EVITAR LA PACIENTE PARA DISMINUIR LA ESPASTICIDAD:</p>	<p>Control de la ansiedad, estrés e ira. Lesiones en la piel. Infecciones. Estreñimiento. Dolor. Aumento de temperatura externa o interna (fiebre). Evitar las prisas, hacer las cosas con paciencia. La paciente no debe estar mucho rato apuntando con la punta de los pies hacia abajo.</p>
<p>RECOMENDACIONES GENERALES:</p>	<p>Adoptar medidas correctas. Realizar correctamente las transferencias o cambios de posición. Crioterapia o aplicación de frío local, bolsa de hielo recubierta con una toalla y masajear durante 15-20 minutos sobre músculo espástico. Realizar movimientos pasivos, una hora antes de la medicación antiespástica. Realizar estiramientos suaves, lentos y repetitivos. Realizar los ejercicios con ropa cómoda (nunca apretada), lugar agradable y relajado. No caminar en exceso cuando la forma de caminar requiera un gran esfuerzo. No golpear la zona espástica a modo de castigo porque no responda.</p>
<p>AUTOESTIRAMIENTOS PARA ESPASTICIDAD LEVE.</p>	<p>Es importante comenzar con una posición de partida y llevar a posición de máximo estiramiento sin llegar al dolor, manteniendo la tensión durante 30 segundos, acompañado de una respiración profunda y lenta. La paciente realizará autoestiramientos de cuello, tronco, piernas y brazos todos los días antes de levantarse de la cama y por la noche antes de irse a dormir.</p>

ANEXO 5: TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS PARA CONTROL DEL DOLOR (29).

CALOR	El calor ayuda a disminuir el dolor y los espasmos musculares. Aplique calor al área por 20 a 30 minutos cada 2 horas por los días que se lo indicaron.
HIELO	El hielo ayuda a disminuir la inflamación y el dolor. Use una bolsa con hielo o ponga hielo triturado en una bolsa de plástico. Cubra con una toalla y aplíquelo sobre el área durante 15 a 20 minutos.
TERAPIA DE MASAJE:	Puede contribuir a relajar la tensión muscular.
FISIOTERAPIA:	Le enseña ejercicios para contribuir a mejorar el movimiento, fortalecerse y aliviar el dolor.
AROMATERAPIA	Manera de usar fragancias para relajarse, aliviar la tensión nerviosa y calmar el dolor.
IMAGINACIÓN GUIADA:	Le enseña a visualizar imágenes que disminuyen la intensidad del dolor. Es posible que le ayude a aprender a cambiar la manera en que su cuerpo percibe y reacciona frente al dolor.
MÚSICA	Puede que contribuya a que sienta más energía y a que mejore su estado de ánimo. También puede

	ayudar a reducir el dolor al provocar que su cuerpo libere endorfinas.
AUTOHIPNOSIS	Es una forma de desviar la atención del dolor.
ACUPUNTURA	En esta terapia se usan agujas muy delgadas para restablecer el equilibrio en los canales de energía del cuerpo.